Instrucciones para completar el formulario de autorización del miembro

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con nosotros al número de Servicio de Atención al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Lea lo siguiente para obtener ayuda para completar la página uno del formulario.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Esta sección se aplica al miembro que solicita la divulgación de su información para otra persona o compañía.

1. Escriba en letra de imprenta su apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre.
2. Escriba su fecha de nacimiento según este formato: mm/dd/aaaa (si nació el 5 de octubre de 1960, escribiría 10/05/1960).
3. Escriba su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
4. Escriba el número de teléfono diurno (incluido el código de área).
5. **Número de identificación**
   Encontrará este número en su tarjeta de identificación de miembro.
6. **Número de grupo**
   Encontrará este número en su tarjeta de identificación de miembro. Si su tarjeta de identificación no contiene un número de grupo, deje este campo en blanco.

PARTE B: PERSONA O COMPAÑÍA QUE RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN

7. Marque la casilla que se aplica a su caso. Escriba el nombre completo de la persona o compañía a la cual usted quiere que le brindemos su información. No utilice un término general como "mi hija" o "mi hijo", ya que no se aceptará. Debe ser específico.
8. Si marca "Otro", proporcione el primer nombre y el apellido (si está disponible), el nombre de la compañía (si corresponde) y cuál es el vínculo con usted.

PARTE C: INFORMACIÓN QUE SE PUEDE DIVULGAR

Esta sección indica qué información desea que divulguemos: el total de la información o parte de ella.

9. Para "toda la información", marque la primera casilla.
10. Para "información limitada", marque la segunda casilla y las casillas que se aplican a su caso.
11. Algunos temas pueden ser muy personales o confidenciales para usted. Si desea aprobar la divulgación de este tipo de información, marque la o las casillas que se aplican a su caso.

Formulario de autorización del miembro

Un miembro debe completar este formulario si existe una solicitud para divulgar su información de salud a otra persona o compañía. Incluya tanta información como sea posible.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido del miembro (1)	Primer nombre del miembro	Inicial del segundo nombre del miembro	Fecha de nacimiento del miembro (2)
Dirección del miembro (3)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono diurno (con código de área) (4)	Número de identificación (consulte su tarjeta de identificación) (5)	Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación) (6)	

PARTE B: PERSONA O COMPAÑÍA QUE RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información (deben tener 18 años de edad o más). Marque las casillas que correspondan e ingrese el primer nombre y el apellido.

- ☐ **Mi cónyuge** (ingrese primer nombre y apellido)
- ☐ **Mis padres** (si usted tiene más de 18 años: ingrese primer nombre y apellido[s])
- ☐ **Mi pareja** (ingrese primer nombre y apellido)
- ☐ **Mi corredor o agente de seguros** (ingrese el nombre de la compañía y el primer nombre y apellido, si los conoce)
- ☐ **Mis hijos adultos** (ingrese primer nombre y apellido[s])
- ☐ **Otro** (ingrese primer nombre y apellido (si los conoce), nombre de compañía, y cómo se vincula con usted) (8)

(7)

PARTE C: INFORMACIÓN QUE SE PUEDE DIVULGAR

Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia a utilizar o divulgar esta información en mi nombre (marque solo una casilla):

(9) ☐ **Toda mi información** Se puede incluir información sobre salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección), reclamaciones, médicos y otros proveedores para la atención de la salud e información financiera (como facturaciones e información bancaria). En este caso no se incluye información confidencial (consulte a continuación), a menos que esto se autorice en los pasos siguientes.

O

(10) ☐ **Únicamente la información limitada** se puede divulgar (marque todas las casillas que se apliquen a su caso).

- ☐ Apelación
- ☐ Beneficios y cobertura
- ☐ Facturación
- ☐ Reclamos y pagos
- ☐ Diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)
- ☐ Elegibilidad e inscripción
- ☐ Financiera
- ☐ Expedientes médicos
- ☐ Médicos y hospitales
- ☐ Certificación y autorización previas (para aprobación del tratamiento)
- ☐ Remisión
- ☐ Tratamiento
- ☐ Servicio dental
- ☐ Servicio de la visión
- ☐ Farmacia
- ☐ Otra: _____

Además, autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia para que divulgue los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que se apliquen a su caso):

☐ **Toda la información confidencial**

(11) **O**

☐ **Solo información sobre temas marcados a continuación**

- ☐ Aborto
- ☐ Abuso (sexual/físico/mental)
- ☐ Abuso de alcohol/sustancias **
- ☐ Pruebas genéticas
- ☐ HIV o SIDA
- ☐ Maternidad
- ☐ Salud mental
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual
- ☐ Otra: _____

** Comprendo que mis registros de abuso de alcohol/sustancias están protegidos por las leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y regulaciones indiquen lo contrario. También comprendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o como se detalla a continuación en la Parte E. Comprendo que no podré cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información.

22940GAMSPBGA 3/12

Blue Cross and Blue Shield of Georgia, Inc. es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

1 de 2

Blue Cross and Blue Shield of Georgia, Inc. es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Lea lo siguiente para obtener ayuda para completar la página dos del formulario.

PARTE D: OBJETIVO DE ESTA APROBACIÓN

En esta sección se indica el motivo por el cual solicitó la divulgación de su información.

1. Marque la primera casilla para informarnos sobre la manera en que podemos proporcionar esta información, según se indique en este formulario.
2. Marque la segunda casilla para indicar un motivo específico. Un ejemplo podría ser resolver un reclamo de seguro de vida.

PARTE E: FECHA DE VENCIMIENTO DE SU APROBACIÓN

Cuando desee que esta aprobación se cancele, usted posee dos opciones.

3. Marque la primera casilla para seleccionar el período estándar de un año que se cancelará.
4. Marque la segunda casilla para seleccionar una fecha anterior (que no sea de un año de duración) y proporcione la fecha en que desea que su aprobación se cancele.

Su autorización/aprobación no se puede otorgar por más de un año.

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

5. **Coloque su nombre y la fecha en el formulario.** Su nombre y firma ***deben*** coincidir con la información de la Parte A.
6. **Si firma este formulario en nombre de otra persona, si tiene poder para la atención de la salud, o si es un tutor/representante legal debe realizar lo siguiente:**
   - Debe completar la sección de custodio/tutor designado.
   - Además, debe proporcionarnos una copia del documento legal que demuestre que recibió aprobación, y debe incluirlo en este formulario.

PARTE D: OBJETIVO DE ESTA APROBACIÓN

1 ☐ Proporcionar la información según lo que se indica en este formulario

O

2 ☐ por los siguientes motivos: _____

PARTE E: FECHA DE VENCIMIENTO DE SU APROBACIÓN

Si este documento todavía no se ha retirado, esta aprobación se revocará en la primera de las siguientes fechas:

3 ☐ un año posterior a la fecha de firma que aparece en la Parte F

O

4 ☐ antes de que pase un año y a partir de la fecha, evento o afección que se describen a continuación.

_____

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

He leído el contenido de este formulario. Comprendo, acepto y autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia a utilizar y divulgar mi información, conforme a lo establecido anteriormente. También comprendo que firmo este formulario por voluntad propia. Comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Georgia no me exige que firme este formulario con el fin de recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o ser elegible para recibir beneficios.
Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi retiro a Blue Cross and Blue Shield of Georgia. Comprendo que el hecho de retirar esta aprobación no afectará ninguna medida que haya tomado anteriormente. También comprendo que la información que se divulgue podría ser divulgada nuevamente por la persona o grupo que la reciba.
Si ocurre esto, posiblemente la información ya no esté protegida por la norma de privacidad por la norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del representante legal/tutor designado	Fecha
X 5	

REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR DESIGNADO 6

Si este formulario está firmado por alguien que no sea el miembro o su padre, como por ejemplo un representante personal, representante legal o tutor que actúa en nombre del miembro, presente los siguientes documentos:
- una copia del poder para la atención de la salud general o que no caduca.

O

- una orden judicial u otra documentación que respalde la custodia, u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)	Relación legal con el miembro

Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

Firma	Fecha
X	

Envíe el formulario completo a:
Blue Cross and Blue Shield of Georgia

Asegúrese de guardar una copia de este formulario para sus registros.

PARA LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Se le ha dado a conocer esta información de los expedientes protegidos por las normas federales de Confidencialidad sobre Expedientes de los Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol (42 CFP parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información, salvo que se autorice expresamente la divulgación mediante un consentimiento por escrito de la persona pertinente, o según lo establecido en la sección 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de información con el fin de investigar y procesar penalmente cualquier paciente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

Únicamente para uso interno:	Número de seguimiento de la consulta

Ejemplos de documentos legales:

- **Poder para la atención de la salud general o que no caduca.** Este documento le otorga a una persona en la que usted confía el poder legal para actuar en su nombre y tomar decisiones sobre la atención de la salud por usted.
- **Tutela legal.** Este es el caso en el que el tribunal designa a alguien para el cuidado de otra persona.
- **Custodia**. Este es el caso en el que un juez designa a una persona responsable para tomar decisiones por alguien que no las puede realizar por sí mismo.
- **Albacea de testamento.** Este tipo de documento se utilizará cuando la persona que se está representando falleció.

Formulario de autorización del miembro

Un miembro debe completar este formulario si existe una solicitud para divulgar su información de salud a otra persona o compañía. Incluya tanta información como sea posible.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido del miembro	Primer nombre del miembro	Inicial del segundo nombre del miembro	Fecha de nacimiento del miembro

Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono diurno (con código de área)	Número de identificación (consulte su tarjeta de identificación)	Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación)

PARTE B: PERSONA O COMPAÑÍA QUE RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información (deben tener 18 años de edad o más). Marque las casillas que correspondan e ingrese el primer nombre y el apellido.

☐ **Mi cónyuge** (ingrese primer nombre y apellido)	☐ **Mis padres** (si usted tiene más de 18 años: ingrese primer nombre y apellido[s])
☐ **Mi pareja** (ingrese primer nombre y apellido)	☐ **Mi corredor o agente de seguros** (ingrese el nombre de la compañía y el primer nombre y apellido, si los conoce)
☐ **Mis hijos adultos** (ingrese primer nombre y apellido[s])	☐ **Otro** (ingrese primer nombre y apellido [si los conoce], nombre de compañía, y cómo se vincula con usted)

PARTE C: INFORMACIÓN QUE SE PUEDE DIVULGAR

Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia a utilizar o divulgar esta información en mi nombre (marque solo una casilla):

☐ **Toda mi información** Se puede incluir información sobre salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección), reclamaciones, médicos y otros proveedores para la atención de la salud e información financiera (como facturaciones e información bancaria). En este caso no se incluye información confidencial (consulte a continuación), a menos que esto se autorice en los pasos siguientes.

O

☐ **Únicamente la información limitada** se puede divulgar (marque todas las casillas que se apliquen a su caso).

- ☐ Apelación
- ☐ Beneficios y cobertura
- ☐ Facturación
- ☐ Reclamos y pagos
- ☐ Diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)
- ☐ Elegibilidad e inscripción
- ☐ Financiera
- ☐ Expedientes médicos
- ☐ Médicos y hospitales
- ☐ Certificación y autorización previas (para aprobación del tratamiento)
- ☐ Remisión
- ☐ Tratamiento
- ☐ Servicio dental
- ☐ Servicio de la visión
- ☐ Farmacia
- ☐ Otra: _____

Además, autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia para que divulgue los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que se apliquen a su caso):

☐ **Toda la información confidencial**

O

☐ **Solo información sobre temas marcados a continuación**

- ☐ Aborto
- ☐ Abuso (sexual/físico/mental)
- ☐ Abuso de alcohol/sustancias **
- ☐ Pruebas genéticas
- ☐ HIV o SIDA
- ☐ Maternidad
- ☐ Salud mental
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual
- ☐ Otra: _____

** Comprendo que mis registros de abuso de alcohol/sustancias están protegidos por las leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y regulaciones indiquen lo contrario. También comprendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o como se detalla a continuación en la Parte E. Comprendo que no podré cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información.

Blue Cross and Blue Shield of Georgia, Inc. es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

PARTE D: OBJETIVO DE ESTA APROBACIÓN

☐ Proporcionar la información según lo que se indica en este formulario

O

☐ por los siguientes motivos: _____

PARTE E: FECHA DE VENCIMIENTO DE SU APROBACIÓN

Si este documento todavía no se ha retirado, esta aprobación se revocará en la primera de las siguientes fechas:

☐ un año posterior a la fecha de firma que aparece en la Parte F

O

☐ antes de que pase un año y a partir de la fecha, evento o afección que se describen a continuación.

_____

PARTE F: REVISIÓN Y APROBACIÓN

He leído el contenido de este formulario. Comprendo, acepto y autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Georgia a utilizar y divulgar mi información, conforme a lo establecido anteriormente. También comprendo que firmo este formulario por voluntad propia. Comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Georgia no me exige que firme este formulario con el fin de recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o ser elegible para recibir beneficios.

Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi retiro a Blue Cross and Blue Shield of Georgia. Comprendo que el hecho de retirar esta aprobación no afectará ninguna medida que haya tomado anteriormente. También comprendo que la información que se divulgue podría ser divulgada nuevamente por la persona o grupo que la reciba.

Si ocurre esto, posiblemente la información ya no esté protegida por la norma de privacidad por la norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del representante legal/tutor designado	Fecha
X	

REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR DESIGNADO

Si este formulario está firmado por alguien que no sea el miembro o su padre, como por ejemplo un representante personal, representante legal o tutor que actúa en nombre del miembro, presente los siguientes documentos:

- una copia del poder para la atención de la salud general o que no caduca.

O

- una orden judicial u otra documentación que respalde la custodia, u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)	Relación legal con el miembro

Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

Firma	Fecha
X	

Envíe el formulario completo a:

Blue Cross and Blue Shield of Georgia

Asegúrese de guardar una copia de este formulario para sus registros.

PARA LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Se le ha dado a conocer esta información de los expedientes protegidos por las normas federales de Confidencialidad sobre Expedientes de los Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol (42 CFP parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información, salvo que se autorice expresamente la divulgación mediante un consentimiento por escrito de la persona pertinente, o según lo establecido en la sección 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de información con el fin de investigar y procesar penalmente cualquier paciente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

Únicamente para uso interno:	Número de seguimiento de la consulta

Reset Form

Save and Print